

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

ADEMIR JESUS DIAZ  
LIZIANE LOTOSKI  
MONICK MATILDE DE OLIVEIRA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A IDENTIFICAÇÃO DO ALZHEIMER

Joinville  
2017

ADEMIR JESUS DIAZ  
LIZIANE LOTOSKI  
MONICK MATILDE DE OLIVEIRA

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A IDENTIFICAÇÃO DO ALZHEIMER

Projeto integrador, apresentado ao Instituto Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos de obtenção do título de Técnico em enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Betina Barbedo Andrade.

Joinville  
2017

## **RESUMO:**

O aumento da expectativa de vida, e da população idosa no Brasil é extremamente preocupante, pois com ela, ocorre também o aumento na incidência de doenças crônicas e incapacitantes, como por exemplo, o Alzheimer. Estudos mostram que, começando o tratamento assim que forem identificados os primeiros sintomas, pode-se atrasar sua evolução e estabilizar por alguns anos; tendo mais tempo para planejar os cuidados, visando o bem-estar do portador e de sua família. O objetivo desse estudo foi realizar ações educativas à comunidade sobre a doença de Alzheimer, em grupos de educação em saúde das unidades básicas de saúde Willy Schossland, Parque Douat; e também em turmas do ensino superior e ensino médio do IFSC, em Joinville, em datas de março e abril de 2017. As metodologias escolhidas para a intervenção em saúde foram as atividades lúdicas (teatro e roda de conversa com os participantes) e a distribuição de material impresso educativo. Durante essas atividades houve participação, interação e acolhimento da comunidade, e pudemos perceber que a doença e seus sintomas realmente não são conhecidos pela maioria das pessoas presentes; e que há interesse e necessidade de mais conhecimento.

Descritores: Doença de Alzheimer. Transtornos da memória. Educação em saúde.

Palavras-chave: Alzheimer. Demência. Idoso. Memória. Intervenção. Identificação.

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO:	3
1.1 Justificativa:	4
1.2 Problema de pesquisa:	4
1.3 Objetivos:	4
1.3.1 Geral:	4
1.3.2 Específicos:	5
2. REVISÃO DE LITERATURA:	5
2.1 A doença de Alzheimer:	5
2.2 Fases e sintomas:	6
2.3 Diagnóstico:	8
2.4 Tratamento:	8
2.4.1 Tratamento não farmacológico:	10
2.5 Estratégias de cuidado:	11
3. METODOLOGIA:	12
3.1 Público alvo:	12
3.2 Ações de intervenção:	12
3.3 Avaliação da proposta de intervenção:	13
4. RESULTADOS:	13
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:	18
REFERÊNCIAS	19
ANEXO A - Mini exame do estado mental:	21
APÊNDICE:	24
Apêndice A- Autorização:	24
Apêndice B- Teatro:	25
Apêndice C- Material educativo:	26
Apêndice D- Pesquisa de satisfação:	27
Apêndice E- Fotos:	28

## 1.INTRODUÇÃO:

O aumento da expectativa de vida, e da população idosa no Brasil é extremamente preocupante, pois com ele, ocorre também o aumento na incidência de doenças crônicas e incapacitantes, como por exemplo, o Alzheimer (TAYLOR; DELLAROZA, 2010).

Acredita-se que no Brasil há ao menos um milhão e duzentas mil pessoas portadoras de Alzheimer, e que metade dessas ainda não sabem seu diagnóstico (ABRAZ, 2016).

Descrita pela primeira vez pelo médico alemão Alois Alzheimer, no ano de 1906, a doença afeta o funcionamento do cérebro, de modo lento e progressivo, através da perda de neurônios, que faz com que reduza o número de conexões cerebrais; interferindo até nas atividades mais simples do cotidiano (SERENIKI; VITAL, 2008).

O desenvolvimento dos sintomas traz limitações, distúrbios emocionais e comportamentais, trazendo sofrimento aos portadores da doença, a seus familiares e cuidadores (FORLENZA, 2000).

O Alzheimer se manifesta de formas diferentes em cada indivíduo, e ainda não são conhecidas todas as suas causas; mas existem alguns sintomas próprios da doença (FORLENZA, 2000).

Como não existe cura para a doença, o tratamento destina-se a controlar os sintomas e proteger a pessoa dos efeitos produzidos pela deterioração que ela traz (ÁVILA; MIOTTO,2002).

O diagnóstico é realizado por neurologistas através de exame clínico, histórico familiar, exames do status mental, neuropsicológicos e exames de imagem (ABNEURO,2014).

Existem algumas medidas que podem facilitar a vida tanto dos doentes, quanto dos cuidadores; que são ensinadas em palestras, grupos de apoio e associações específicas (FONSECA; SOARES, 2008).

Estudos mostram que, começando o tratamento assim que forem identificados os primeiros sintomas, pode-se atrasar sua evolução e estabilizar por alguns anos; tendo mais tempo para planejar os cuidados, visando o bem-estar do portador e de sua família (ÁVILA; MIOTTO,2002).

Como a doença geralmente se desenvolve em pessoas acima dos 65 anos, o diagnóstico precoce ainda tem certa dificuldade para ser realizado, pois na fase inicial da doença, a pessoa mostra sinais de confusão e esquecimento, e muitas vêm esses sinais como consequência do envelhecimento, não procurando ajuda profissional (FORLENZA, 2000).

Assim, quanto mais bem preparadas estiverem as pessoas, para a percepção dos primeiros sintomas do Alzheimer, melhor poderá ser a perspectiva do portador da doença.

### 1.1 Justificativa:

Estudar o Alzheimer e suas características é de fundamental importância na atualidade, pois de acordo com o IBGE (2013), o número de idosos aumentará no Brasil. Estima-se que em 2050 haverá aproximadamente 73 idosos para cada 100 crianças. Consequentemente, pode ocorrer um aumento dos casos de Alzheimer, uma vez que a doença se desenvolve principalmente em idosos (SERENIKI; VITAL,2008).

A conscientização da família e o conhecimento da população quanto à doença de Alzheimer, são necessários para um diagnóstico precoce, pois quanto mais cedo for diagnosticada a doença, melhor será a ação dos medicamentos, e mais lenta será sua evolução; trazendo melhor qualidade de vida ao paciente, família e cuidador (ALVAREZ, et al, 2002).

### 1.2 Problema de pesquisa:

A população possui conhecimento sobre os sintomas da doença de Alzheimer?

### 1.3 Objetivos:

#### 1.3.1 Geral:

- Realizar ações educativas à comunidade sobre a doença de Alzheimer, em grupos das Unidades Básicas de Saúde: Parque Douat e Willy Schosslund; ambas no município de Joinville.

### 1.3.2 Específicos:

- Descrever as fases da doença;
- Apresentar os indicativos do Alzheimer (primeiros sintomas);
- Orientar sobre o tratamento, cuidados e atividades de promoção à saúde;
- Desmistificar a cultura de que sinais de demência são sinais comuns da velhice.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA:**

### 2.1 A doença de Alzheimer:

Descrita pela primeira vez pelo médico alemão Alois Alzheimer, no ano de 1906, a doença afeta o funcionamento do cérebro, de modo lento e progressivo, através da perda de neurônios, que faz com que reduza o número de conexões cerebrais; interferindo até nas atividades mais simples do cotidiano (SERENIK; VITAL,2008).

Essa doença é a forma mais comum de demência em idosos, atingindo 60 % a 70% do total de casos de demências (SERENIK; VITAL,2008).

Em geral, é de início tardio, com incidência aos 60 anos de idade ou mais; mas também pode ocorrer de forma precoce, ao redor dos 40 anos, sendo essa menos comum (SMITH,1999).

O Alzheimer se manifesta de formas diferentes em cada indivíduo, e ainda não são conhecidas todas as suas causas; mas existem alguns sintomas próprios da doença (SMITH,1999).

O desenvolvimento dos sintomas traz limitações, distúrbios emocionais e comportamentais, trazendo sofrimento aos portadores da doença, a seus familiares e cuidadores (FORLENZA,2000).

Provoca um impacto tanto na esfera familiar, como na social, econômica e política, podendo ser considerado um problema de saúde pública (FORLENZA,2000).

## 2.2 Fases e sintomas:

A Doença de Alzheimer é caracterizada pela piora progressiva dos sintomas. Entretanto, muitos pacientes podem apresentar períodos de maior estabilidade (BOTELHO,2008).

A evolução dos sintomas da Doença de Alzheimer pode ser dividida em três fases: leve, moderada e grave (BOTELHO,2008).

Alguns tipos de queixas que se ouvem, relacionadas a esquecimentos, são apontadas pelos familiares e amigos como “coisa da idade”.

Entretanto, se algumas pessoas de suas relações esquecer o caminho de casa ou não se lembrar de jeito algum, ou só com muito esforço, o que aconteceu, procure um médico. Pode não ser algo importante, mas pode ser também o início da Doença de Alzheimer; que não tem cura, mas cujo tratamento precoce atrasa o desenvolvimento da doença, produz alguma melhora na memória, torna mais compreensível as mudanças que vão ocorrer na pessoa, e melhora a convivência com o doente (BOTELHO,2008).

Na fase inicial da doença, a pessoa afetada mostra-se um pouco confusa, esquecida, e parece não encontrar palavras para se comunicar em determinados momentos; às vezes, apresenta descuido na aparência pessoal, perda da iniciativa e alguma perda da autonomia para as atividades da vida diária. Podem ocorrer alterações como perda de memória recente, desorientação no tempo e no espaço, dificuldade para tomar decisões, perda de iniciativa e de motivação, sinais de depressão, agressividade, diminuição do interesse por atividades e passatempos (ROBERT,1994).

Na fase intermediária, a gravidade dos sintomas leva, geralmente, os pacientes a abandonarem o seu emprego e a deixarem de conduzir. Em resultado disto, tornam-se cada vez mais dependentes de terceiros, necessitam de maior ajuda para executar as tarefas de rotina, podem passar a não reconhecer seus familiares, podem apresentar incontinência urinária e fecal, tornam-se incapazes

para julgamento e pensamento abstrato, precisam de auxílio direto para se vestir, comer, tomar banho, tomar suas medicações e todas as outras atividades de higiene. Podem apresentar comportamento inadequado, irritabilidade, desconfiança, inquietação, impaciência e até agressividade, ou podem apresentar depressão, regressão e apatia. São comuns dificuldades mais evidentes com atividades do dia a dia, com prejuízo de memória, com esquecimento de fatos mais importantes, nomes de pessoas próximas, incapacidade de viver sozinho, incapacidade de cozinhar e de cuidar da casa, de fazer compras. Ficam com maior dependência de outras pessoas, têm maior dificuldade para falar e se expressar com clareza, ideias sem sentido (desconfiança, ciúmes) e alucinações (ver pessoas, ouvir vozes de pessoas que não estão presentes), são comuns nessa fase (GIL,1999).

Na fase grave, pode-se dizer que o paciente sofre de demência grave. As funções cognitivas desapareceram quase por completo. O paciente perde a capacidade de entender ou utilizar a linguagem, e pode simplesmente repetir os finais das frases, sem compreender o significado das palavras. Existe perda de peso mesmo com dieta adequada, dependência completa, torna-se incapaz de qualquer atividade de rotina da vida diária, e fica restrito ao leito, com perda total de julgamento e concentração. Observa-se prejuízo gravíssimo da memória, com incapacidade de registro de dados, e muita dificuldade na recuperação de informações antigas, como reconhecimento de parentes, amigos, locais conhecidos, também apresenta dificuldade para alimentar-se associada a prejuízos na deglutição, dificuldade de entender o que se passa a sua volta, dificuldade de orientar-se dentro de casa. Pode apresentar reações a medicamentos, infecções bacterianas e problemas renais, como incontinência urinária e fecal; e intensificação de comportamento inadequado. Há tendência de prejuízo motor, que interfere na capacidade de locomoção; sendo necessário auxílio para caminhar (GIL,1999).

Posteriormente, o paciente pode necessitar de cadeira de rodas ou ficar acamado. Na maioria das vezes, a causa da morte não tem relação com a doença e sim com fatores relacionados à idade avançada (GIL,1999).

### 2.3 Diagnóstico:

O diagnóstico provável da doença é dado a partir de procedimentos laboratoriais, que excluem todas as outras demências, como a depressão; muito confundida no estado inicial. Mas primeiramente, são feitos testes para avaliar a memória e o estado mental, grau de atenção e concentração, habilidades em resolver problemas, e nível de comunicação (NITRINI et al,2005).

Na maioria das vezes, o médico geriatra ou clínico geral aplica testes simples e breves. Um dos mais utilizados é o mini- exame do estado mental (Anexo 1); adequado tanto para uso institucional (hospital, ambulatório) quanto para uso em estudo populacional (visita domiciliar). Quando o exame do médico for insuficiente para estabelecer o diagnóstico, deve ser complementado por avaliação do neurologista (NITRINI et al,2005).

Exames de neuro- imagem estrutural (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio) também são importantes, podem revelar alterações vasculares sugestivas do diagnóstico de DA.

Esses testes e exames juntos, têm 90% de chances de acerto no diagnóstico da doença; porém, o diagnóstico definitivo só pode ser feito mediante a análise histopatológica do tecido cerebral post- morte (RODRIGUES, 2011).

### 2.4 Tratamento:

Como sabemos a Doença de Alzheimer (DA) é progressiva, irreversível e fatal, cujas causas são pouco conhecidas. Não existe cura e seu tratamento não é efetivo, mas traz qualidade de vida ao portador da demência (ENGELHARDT et al, 2005).

Podemos dividir o tratamento em farmacológico e não farmacológico:

Tratamento farmacológico: realizado a base de drogas que são utilizadas com objetivos terapêuticos (seja para curar ou controlar doenças ou aliviar sintomas), preventivos (por exemplo, vacinas, e, fluoração da água), e, diagnósticos (por exemplo, contrastes usados em exames).

Tratamento não farmacológico: baseado na filosofia da reabilitação, onde trata-se as funções cognitivas, trazendo sucesso se aliada ao tratamento

farmacológico. Tendo como caminho ações que melhorem a rotina no dia a dia do portador de Alzheimer.

O tratamento farmacológico é desenvolvido para corrigir defeitos específicos associados aos neurotransmissores acetilcolina e glutamato (substâncias químicas que transmitem as informações entre sinapses e que estão envolvidos no processo de memória e aprendizagem), onde a perda dessas sinapses causam inibição da sua eficiência apresentando melhora para o portador de DA. Procura-se ainda, descobrir marcadores no líquido céfalo raquidiano ou no sangue, que facilitariam o diagnóstico num estado precoce, trazendo sucesso com o uso contínuo desses fármacos (SAYEG, 2015).

Segundo Engelhardt (2005), existem duas estratégias farmacológicas para o tratamento da Doença de Alzheimer, a colinérgica e a glutamatérgica. As estratégias colinérgicas visam aumentar os níveis de acetilcolina, pela inibição das colinesterases (IChEs). Essas medicações mostram benefícios em relação a cognição, função e comportamento, verificado pelos médicos e pelos cuidadores, indicando que mesmo melhoras mensuráveis reduzidas podem apresentar significado clínico. Os IChEs, através do aumento da oferta de acetilcolina, parecem também interferir nos processos básicos, com possível modificação do curso da doença. Os medicamentos disponíveis que utilizam esta estratégia têm em sua composição o Cloridrato de Tacrina (FORLENZA, 2005).

Cloridrato de Tacrina foi o primeiro IChE aprovado para tratamento da DA, apesar de sua eficácia, apenas percentual baixo dos pacientes foi capaz de tolerar doses elevadas, mas eficazes, devido sobretudo a sua hepatotoxicidade (ENGELHARDT et al, 2005). Em contrapartida a estratégia glutamatérgica visa reduzir os níveis de glutamato, que é um agente neurotóxico. A medicação disponível no mercado que utiliza esta estratégia é a Memantina, um antagonista não competitivo de moderada afinidade dos receptores NMDA (um aminoácido excitatório agonista do neurotransmissor), oferecendo neuroproteção em relação à excitotoxicidade do glutamato, além de permitir a neurotransmissão e os mecanismos de neuroplasticidade dos neurônios funcionais. O uso de memantina mostrou eficácia em pacientes com DA moderada a grave. Sua eliminação é renal. (ENGELHARDT et al, 2005).

Em resumo, o tratamento farmacológico atualmente recomendado para a doença, é composto por drogas associadas que trazem melhorias nos aspectos

cognitivos e funcionais, e também benefícios comportamentais; mas infelizmente, estas medicações são paliativas e não mudam o curso da doença a longo prazo (LIMA, 2008).

#### 2.4.1 Tratamento não farmacológico:

O tratamento não farmacológico baseia-se na reabilitação estabelecendo um objetivo que traga uma intervenção cognitiva, comportamental e familiar. Diferentes abordagens têm sido experimentadas, principalmente treinamento cognitivo de habilidades específicas e técnicas gerais (ENGELHARDT et al, 2005).

Podemos trabalhar com duas técnicas diferentes para reabilitação da memória:

A orientação para a realidade que tem mostrado eficácia na orientação e memória pessoal, embora com pouca melhora nas habilidades funcionais, cotidianas e a terapia de reminiscências, que parece ter resultados menores na cognição, com escassos trabalhos bem estruturados e evidências insuficientes sobre sua eficácia.

Técnicas de facilitação da memória explícita em pacientes com DA leve podem ser bem-sucedidas através de estímulos multimodais, com carga emocional, com auxílio na criação de códigos semânticos autogerados pelo paciente ou por ativação de tarefas ou eventos previamente aprendidos.

A reabilitação cognitiva parece estabilizar o quadro por períodos variáveis em pacientes com DA de gravidade leve e moderada. A aprendizagem sem erro e o uso de técnicas que utilizem a memória de procedimento parecem ser mais adequadas. O treinamento cognitivo de habilidades específicas não se generaliza para a vida diária, devendo-se utilizar tarefas que possam ser adaptadas pelos cuidadores no dia a dia do paciente. Para sucesso no tratamento deve-se realizar uma associação à medicação e a intervenção não farmacológica, visando melhora e qualidade de vida para o portador de DA (ENGELHARDT et al, 2005).

## 2.5 Estratégias de cuidado:

A família realiza um papel fundamental na manutenção e controle da doença. Quando o familiar/cuidador busca ajuda, e conhece melhor os recursos e estratégias a utilizar, os cuidados acabam sendo tão importantes quanto o tratamento farmacológico (ALVAREZ, et al, 2002).

A Associação Brasileira de Alzheimer, através de seus diversos grupos de apoio a familiares e cuidadores de pessoas com essa doença, apontou algumas mudanças essenciais, que servem para o cuidado diário e a manutenção da qualidade de vida, que são: (ABRAZ, S/D).

- **Rotina:** O paciente necessita de horários fixos para reduzir sua ansiedade, e auxiliar sua orientação no tempo. A rotina deve estar presente em todas as tarefas possíveis, como por exemplo, a hora do banho, da alimentação, do passeio etc.
- **Organização:** Manter seus objetos organizados, seus utensílios de uso diário, em local visível, ao seu alcance; mas com poucas opções de escolha; assim ele vai lembrar mais facilmente das tarefas a serem feitas, como escovar os dentes, por exemplo.
- **Monitoração:** O esquecimento e a falta de atenção são comuns, por isso o cuidador deve sempre estar atento à alimentação, higiene, medicação, e toda a rotina do paciente; apenas acompanhando, e auxiliando quando for necessário.

Os maiores problemas relatados, segundo a associação são as alterações de humor, são constantes e mais difíceis de lidar, por isso o mais importante é manter o paciente calmo. Se esse for tratado com impaciência, indiferença ou atitudes insistentes, tende a ficar distante, confuso e até agressivo.

Um ambiente agradável, calmo e sem barulhos, ajuda a reduzir a agitação e a mantê-lo calmo.

Quando encontrar-se muito resistente, pode-se usar a estratégia da distração, desviando a sua atenção, para evitar discussões e possível agressão.

### **3. METODOLOGIA:**

Trata-se de uma intervenção em saúde, que foi realizada no período de março e abril de 2017; através de cinco encontros.

Segundo o dicionário Aurélio (2010), intervenção é ato de intervir; ação conciliadora de terceiro.

#### **3.1 Público alvo:**

Grupos pré existentes de educação em saúde das unidades básicas de saúde (UBS) Willy Schosslund, Parque Douat e também com uma turma do ensino superior e uma do ensino médio, do Instituto Federal Santa Catarina (IFSC). Todos situados na cidade de Joinville- SC.

#### **3.2 Ações de intervenção:**

Foi inicialmente realizada uma atividade lúdica (teatro), com apresentação da doença de Alzheimer (sintomas, fases, diagnóstico e cuidados).

Após, foi feita uma roda de conversa com os participantes, onde esses tiveram a oportunidade de contar suas vivências ao grupo, comentar sobre o entendimento do assunto apresentado e tirar suas dúvidas. Também nesse momento, houve distribuição de material impresso educativo, com um resumo do que foi apresentado ao grupo. Na mesma oportunidade, foi solicitado aos participantes o preenchimento da pesquisa de satisfação através de “carinhas”. Foi utilizado um diário de campo, onde fizemos anotações sobre o grupo, participação, dúvidas e outros dados importantes para futura avaliação. Para Lewgoy e Arruda (2004, p.123-124), o diário consiste em um instrumento capaz de possibilitar “o exercício acadêmico na busca da identidade profissional”, através de aproximações sucessivas e críticas. É um documento usado para analisar, investigar, refletir; através dele podemos traçar os próximos passos para concluir uma pesquisa. As intervenções foram realizadas nos dias 13,15,16 e 20 de março, e também no dia 5

de abril, nos locais citados em nosso público-alvo. Para uso de imagens obtidas, tivemos autorizações (apêndice “A”) assinadas pelos participantes.

### 3.3 Avaliação da proposta de intervenção:

O processo de avaliação de resultados foi desenvolvido em duas etapas:

1ª etapa: Foi utilizado um instrumento denominado escala de satisfação de “carinhas” (apêndice “D”), que foi entregue a cada participante, com orientação sobre como avaliar; também foi deixado um espaço para sugestões. Após o preenchimento, esses instrumentos foram compilados para avaliação, e os resultados foram apresentados em forma de gráfico.

2ª etapa: Foi realizada de forma mais subjetiva, durante a roda de conversa; onde os pesquisadores avaliaram aspectos que denotem a compreensão do grupo, e entendimento do assunto através de: participação, interesse, perguntas etc. Nessa segunda etapa também foram utilizados os dados recolhidos em nosso diário de campo.

## 4. RESULTADOS:

Foram escritos de acordo com a análise do diário de campo, observações dos pesquisadores e opiniões do nosso público, escritas nas folhas de pesquisa de satisfação; também retirados da análise da nossa pesquisa de satisfação (apêndice “D”), estes colocados em forma de gráficos.

Foram feitas três intervenções nas UBS escolhidas. Duas delas na Willy Schosslund (dias 13 e 16 de março) e uma na UBS Parque Douat (dia 15 de março). Como houve troca da coordenação das UBS em março desse ano, houve um número diminuído de grupos, e a maioria estava agendado para o período vespertino; então as outras 2 intervenções foram feitas no Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC); com uma turma do ensino superior (terceira fase do Curso Superior em Gestão Hospitalar, dia 20 de março), e uma turma do ensino médio (7º módulo do curso integrado de mecânica, dia 3 de abril).

Esses dois grupos mais jovens foram interessantes, pois algumas pessoas haviam dado esta sugestão durante uma intervenção em UBS.

Tanto os profissionais dos locais quanto os participantes foram acolhedores e estavam entusiasmados. Demonstraram interesse no assunto abordado durante toda a aplicação.

As turmas da UBS Willy Schossland eram de grupos de diabetes; turmas menores, de 7 e de 9 participantes; e nesses dois dias foi realizado um *coffee break*, oferecidos pelos pesquisadores, após a intervenção. Esse momento foi interessante, pois surgiram os elogios e mais algumas dúvidas pendentes.

Já na UBS Parque Douat, só teve uma turma, também do grupo de diabéticos; mas o local era muito mais espaçoso, a encenação do teatro foi melhor; e o grupo também era maior: 18 pessoas. Também foi realizado um *coffee break*, mas com algumas restrições de alimentos, a pedido da enfermeira responsável.

Todos os grupos foram participativos na conversa após o teatro, e fizeram várias perguntas. Uma das mais frequentes, foi se o esquecimento de várias coisas durante o dia poderia ser Alzheimer.

A grande maioria desconhecia sobre o assunto, apenas alguns participantes tinham conhecimento por terem familiares com a doença, e compartilharam suas experiências.

A atividade lúdica ocorreu como o esperado, e algumas pessoas ficaram emocionadas, até vieram a chorar.

A média de idade dos participantes foi maior do que o esperado (maior que 50 anos), e tiveram um pouco de dificuldade para preencher a pesquisa de satisfação; então foram feitas explicações individualmente nessa fase.

Durante as conversas, o assunto fosse passado de modo extrovertido, ilustrado com exemplos da realidade e do cotidiano, fazendo com que o conteúdo fosse captado mais facilmente.

Vários elogios e sugestões foram feitos verbalmente e também por escrito.

Uma das sugestões, feita por várias pessoas, foi de aplicar a intervenção em uma turma mais jovem (como já citado no início desse tópico), para que esta possa repassar as informações a um número maior de pessoas.

A primeira intervenção realizada no IFSC, foi no dia 20 de março, com a terceira fase do Curso Superior em Gestão Hospitalar, período vespertino.

A média de idade dessa turma é de 25 anos, e estavam presentes 17 alunos; e já apontou uma diferença: metade da turma já conhecia um pouco sobre a doença. Já a participação foi menor, com menos interesse, relatos e perguntas.

No dia 3 de abril foi realizada a última intervenção, na turma do 7º módulo do curso integrado de mecânica. Um público bem diferente: 25 adolescentes de 17 a 19 anos. Foi o dia com maior interação; muitos questionamentos, e com participação da maioria dos presentes. Muitos não conheciam sobre a doença, e 2 participantes relataram casos na família.

Não houve essa percepção de que eles iriam se interessar tanto pelo assunto.

Essas intervenções no IFSC foram feitas nas salas de aula mesmo; os professores cederam algumas aulas, vendo a importância do projeto.

Durante todas as rodas de conversa, os participantes estavam envolvidos com o tema, e como foi após o teatro, estavam mais familiarizados com o conteúdo. Demonstraram um bom entendimento ao final de cada intervenção.

A apresentação dos resultados retirados da análise da nossa pesquisa de satisfação; relativos à avaliação da ação pelos participantes dos grupos está indicada nos gráficos abaixo:

Figura 1: Opinião dos participantes das UBS e do IFSC quanto à clareza das informações apresentadas, em relação ao tema:

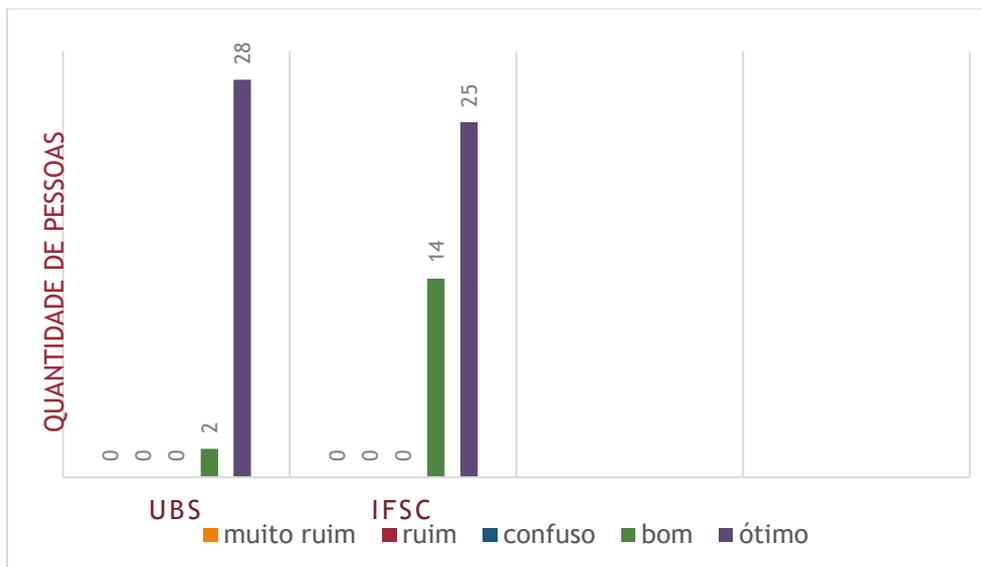


Figura 2: Opinião dos participantes das UBS e IFSC quanto à capacidade para identificar um possível caso de Alzheimer, após a apresentação lúdica (teatro):

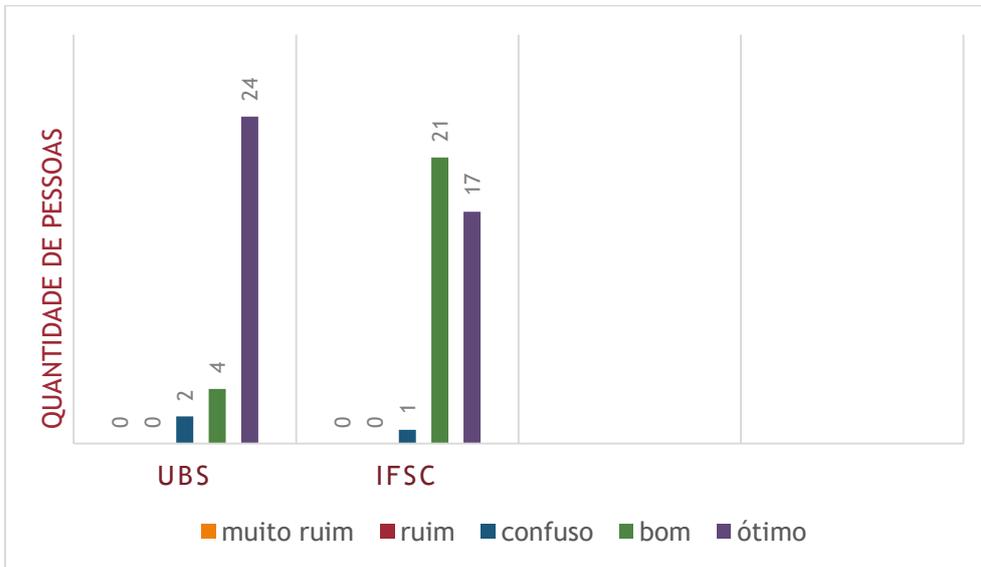


Figura 3: Avaliação dos participantes das UBS e IFSC quanto ao desempenho dos estudantes na apresentação do tema à comunidade:

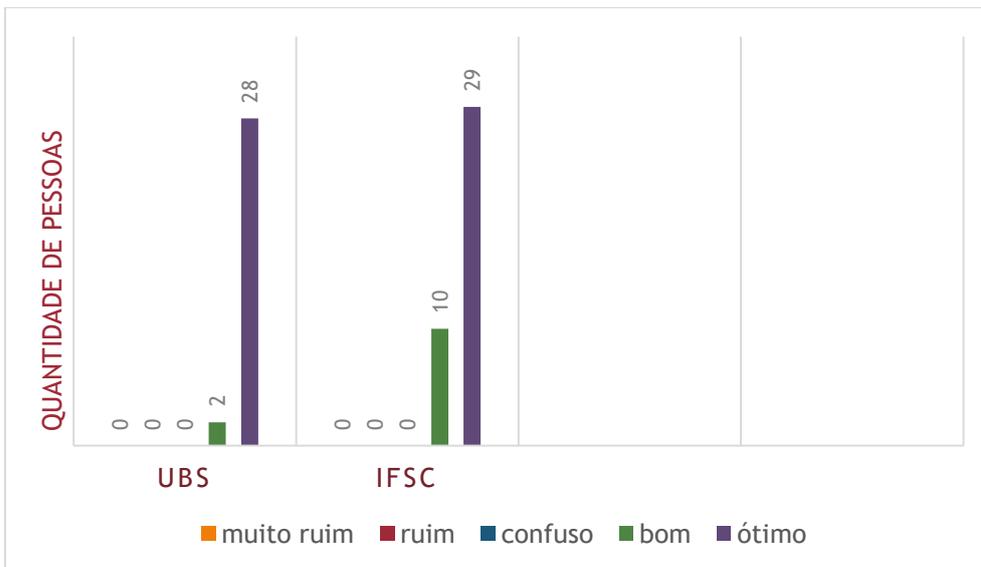


Figura 4: Avaliação dos participantes das UBS e IFSC quanto à integração, de modo geral:

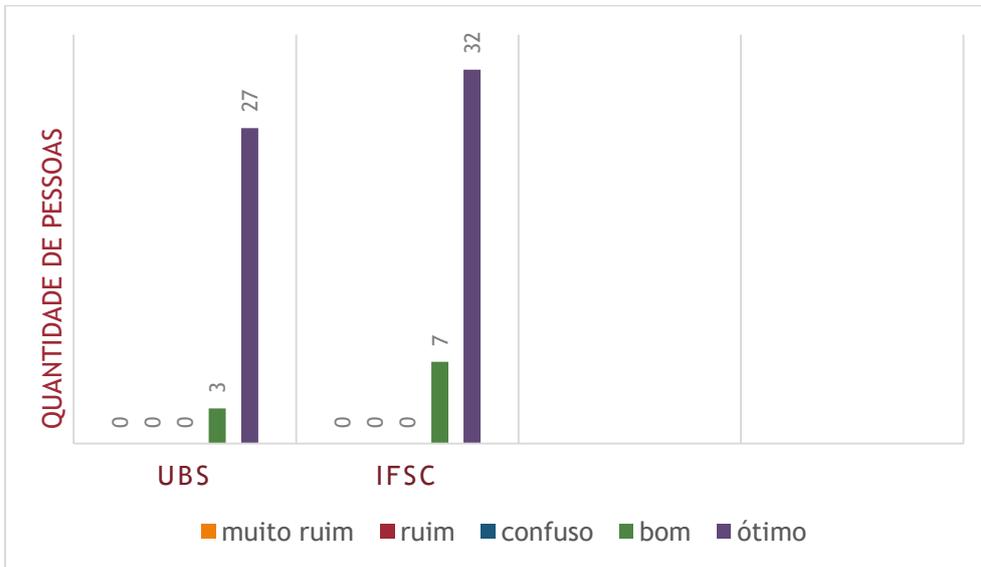
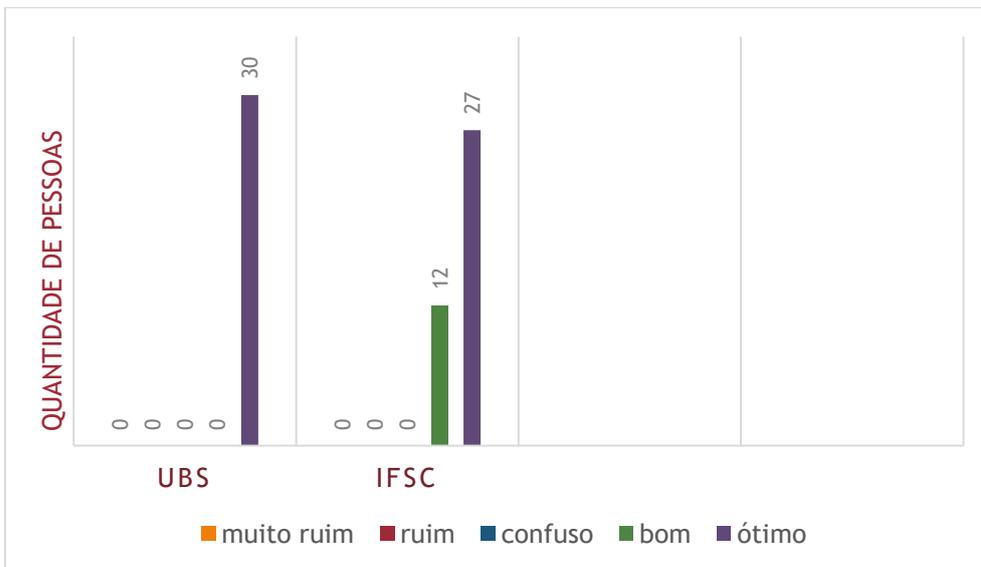


Figura 5: Avaliação dos participantes das UBS e IFSC quanto à cordialidade dos alunos, ao trabalhar o tema:



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O objetivo principal desse estudo foi a realização de ações educativas à comunidade, sobre a doença de Alzheimer.

Devido a uma intercorrência, de mudanças no cronograma dos grupos das UBS, as ações foram ampliadas também a um público mais jovem, do Instituto Federal de Santa Catarina.

Foi observado que a doença e seus sintomas realmente não são conhecidos pela maior parte da população abordada, e que há interesse e necessidade de mais ações educativas.

Durante as ações/intervenções, foram descritas as fases da doença, orientado aos participantes quanto ao tratamento, cuidados e atividades de promoção à saúde; através de atividade lúdica, como consta na metodologia. Com a roda de conversa, foi dado ênfase à desmistificação da cultura de que sinais de demência são sinais comuns da velhice.

Percebeu-se um bom entendimento dos participantes quanto ao assunto apresentado, e os métodos escolhidos para as intervenções captaram a atenção de todos. O teatro (atividade lúdica) foi bem direto e simples de entender, e a roda de conversa fluiu com a participação dos presentes, como o planejado.

Também foi observado por meio de alguns relatos de participantes, as confirmações do que foi pesquisado em bibliografias; desde os sintomas, até o fato de que, se diagnosticada a doença no início, melhor para a família e para os portadores da doença.

Após o término, nas avaliações dos resultados, foi notado que algumas perguntas da pesquisa de satisfação poderiam ter sido melhores elaboradas; importante que sempre seja feita a testagem do instrumento antes da aplicação (piloto), para corrigir falhas antes de dar continuidade ao projeto.

Interessante que haja mais ações como esta, sobre a doença de Alzheimer; pois a cada dia surgem novas pesquisas e a população precisa estar informada e atualizada sobre esta doença tão comum e pouco divulgada.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA (ABNEURO). 21 De Setembro: Dia Mundial da Doença de Alzheimer: **Apoio familiar e práticas saudáveis são fundamentais para controlar a Doença de Alzheimer**. Disponível em: <http://abneuro.org.br/comunicados/detalhes/645/21-de-setembro-dia-avenca-de-folha-miúda>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

ALVAREZ, A. M et al. **JORNAL ARQUIVOS DE NEUROPSIQUIATRIA**, Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. 2002. V.60, N.1,P.70-79.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER (ABRAZ). **O que é Alzheimer**. Disponível em: <http://www.abraz.org.br/sobre-alzheimer/o-que-e-Alzheimer-> Acesso em: 15 de maio de 2016.

\_\_\_\_\_ **Tratamento**. Disponível em: <http://www.abraz.org.br/sobre-alzheimer/o-que-e-Alzheimer-> Acesso em: 18/08/2016.

ÁVILA, R.; MIOTTO, E. Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. **Revista de psiquiatria clínica**, n.29, p.190-196,2002.

BOTELHO, L. **Alzheimer, a doença da alma**. 1ed. Nacional: Russell, 176p. 2008.

ENGELHARDT E. et al. Tratamento da doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Revista Arq. Neuro- Psiquiatria**, v.63, n.4, São Paulo, Dez, 2005.

FERREIRA, A.B. DE H. **Míni Aurélio**: O Dicionário da Língua Portuguesa. 8ª edição. Editora Positivo, 2010, p.487.

FONSECA, A.M.; SOARES E. O cuidador e os cuidados ao portador de doença de Alzheimer: contribuições à enfermagem. **Revista mineira de enfermagem**. n.12, v.4, p.501-507, Jan/Mar, 2008.

FORLENZA, O.V. Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**,v.2, n.22, p.87- 95, 2000.

FORLENZA, O.V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. **Revista de psiquiatria clínica**, v.32 ,n.3, São Paulo, Maio/jun, 2005.

GIL, R. **Associação brasileira de Alzheimer**. Disponível em: <http://www.abraz.com.br>. Acesso em: 15 maio 2016.

\_\_\_\_\_ Portal de saúde. Disponível em: <http://www.emedix.com.br> . Acesso em 15 maio 2016.

IBGE. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Disponível em:[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default\\_tab.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm). Acesso em 15 maio 2016.

LEWGOY, A.M.B; ARRUDA,M.P. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experimentação do diário digital. **Revista texto e contextos**. EDIPUCRS. n. 2, p. 115-130.Porto Alegre: 2004.

LIMA, D. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. **Revista Envelhecimento Humano**, v. 7, n.1. jan/jun,2008.

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil avaliação cognitiva e funcional. **Revista Arq. Neuropsiquiatria**, v.63, n.3 - A, p.720-727, 2005.

ROBERT, J. Doença de Alzheimer. Disponível em:  
<http://www.boasaude.uol.com.br>. Acesso em 15 maio 2016.

RODRIGUES, P. M. de L. **Diagnóstico da doença de Alzheimer com base no electroencefalograma**. 2011. 96 páginas. Dissertação de Mestrado em Tecnologia Biomédica- Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Bragança, 2011.

SAYEG, N. Doença de Alzheimer prodrômica. MCI, biomarcadores, prevenção e novas drogas. **Revista Brasileira de Medicina**, 2015.

SERENIKI, A.; VITAL, M. A. B. F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.30, n.1, p.1-17, 2008.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**.12.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p.213/214.

SMITH, M.A.C. Doença de Alzheimer. **Revista brasileira de psiquiatria**, Genética, n. 11, v.21, S/P,1999.

TAYLOR, L.O.; DELLAROZA, M.S.G. Seminário: Ciências Biológicas da saúde,Londrina. **A realidade da atenção a idosos portadores da doença de Alzheimer**: uma análise a partir de idosos atendidos em serviços públicos. jan/jun,2010. V. 31,n. 1,p. 71-8

## ANEXO “A”

### Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

---

#### Descrição

---

É o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreamento não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), não serve como teste diagnóstico, mas sim pra indicar funções que precisam ser investigadas. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira.

#### Uso

---

Teste de rastreamento e avaliação rápida da função cognitiva

#### Apresentação do Exame

---

1. Orientação espacial (0-5 pontos):  
Em que dia estamos?
  - Ano
  - Semestre
  - Mês
  - Dia
  - Dia da Semana
2. Orientação espacial (0-5 pontos):  
Onde Estamos?
  - Estado
  - Cidade
  - Bairro
  - Rua
  - Local
3. Repita as palavras (0-3 pontos):
  - Caneca
  - Tijolo
  - Tapete
4. Cálculo (0-5 pontos):  
O senhor faz cálculos?

Sim (vá para a pergunta 4a)

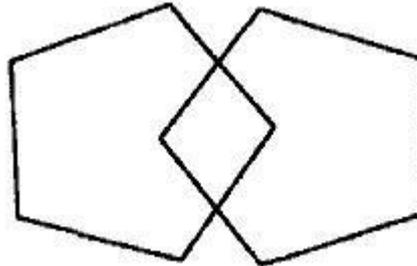
Não (vá para a pergunta 4b)

- **4a.** Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?
  - 93
  - 86
  - 79
  - 72
  - 65
- **4b.** Solete a palavra MUNDO de trás pra frente
  - O
  - D
  - N
  - U
  - M
- 5. Memorização (0-3 pontos):  
Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco.
  - Caneca
  - Tijolo
  - Tapete
- 6. Linguagem (0-2 pontos):  
Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado nomeá-los.
  - Relógio
  - Caneta
- 7. Linguagem (1 ponto):  
Solicite ao entrevistado que repita a frase:
  - NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.
- 8. Linguagem (0-3 pontos):  
Siga uma ordem de 3 estágios:
  - Pegue esse papel com a mão direita.
  - Dobre-o no meio.
  - Coloque-o no chão.
- 9. Linguagem (1 ponto):
  - Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.
- 10. Linguagem (1 ponto):

- Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.

11. Linguagem (1 ponto):

- Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.



○

TELESSAÚDE, Mini exame de estado mental. Disponível em:  
[www.aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11](http://www.aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11). Acesso em 08 agosto 2016.



## APÊNDICE “B”

### TEATRO

Amanda- narradora

Monick- D. Eva

Liziane- Carol / médica

Ademir- filho.

-----  
Era um domingo de sol, e dona Eva, uma senhora de 70 anos, estava à espera de seu filho e nora, que a visitam todos os domingos.

Dona Eva foi à cozinha preparar o bolo favorito de seu filho: fubá com erva doce.

Mas ela não conseguia lembrar a receita...e olha que ela faz esse bolo toda a semana!

Algum tempo depois, ela coloca a chaleira no fogão, para fazer o café; quando vê na janela os dois chegando.

Estavam conversando, quando Carol, a nora, disse estar sentindo um cheiro de queimado.

Eva levou um susto e correu para a cozinha!

Era a chaleira que ela esqueceu no fogo!

Seu filho deu risada! A mãe está ficando meio caduca...

Na hora do café, dona Eva ia pedir para Carol ajudar a levar o bolo, mas esqueceu o nome dela, simplesmente fugiu da memória!

Então, comentou, de maneira triste, que anda meio esquecida, que até, um dia desses, não lembrou o caminho de casa. Ainda bem que o seu João, da padaria, se ofereceu para trazer ela.

O filho agora ficou preocupado, e resolveu levar a mãe à uma médica geriatra, estava mesmo na hora de fazer uns exames.

Chegando na médica, comentou sobre os esquecimentos estranhos da mãe, e a médica fez alguns testes. Um desses testes é o mini exame do estado mental.

A doutora diagnosticou o Alzheimer, no período inicial.

Agora, o que eles precisam fazer é procurar grupos de apoio e começar os tratamentos.

Como eles perceberam a tempo, vão conseguir fazer com que a doença evolua de modo mais lento e com menos sofrimento para a mãe e a família.

## APÊNDICE “C”

### MATERIAL EDUCATIVO:

# Doença de Alzheimer

## A doença:

- Demência degenerativa comum em idosos.
- Afeta o funcionamento do cérebro.

## Diagnóstico:

Testes feitos pelo médico geriatra ou clínico geral.

## Sintomas iniciais:

- lapsos de memória,
- mudanças de comportamento,
- perda do senso de direção,
- atitude agressiva,
- teimosia,
- descuido com a aparência

## Dicas de cuidados:

- estabeleça rotina de horários,
- organize seus objetos de uso diário em locais visíveis e de fácil acesso,
- acompanhe sua alimentação, higiene e medicação,
- mantenha o ambiente calmo, agradável e sem muito barulho,
- trate-o com paciência,

## Tratamento

- Não tem cura.
- Medicamentos e terapias para retardar a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida.

## APÊNDICE “D”

### PESQUISA DE SATISFAÇÃO

1. Ficaram claras as informações propostas sobre o tema apresentado?



2. De acordo com o Teatro apresentado você se acha capacitado para identificar um possível caso de Alzheimer?



3. Como você avalia o desempenho dos estudantes ao trabalhar o tema apresentado junto à comunidade?



4. Avaliação geral do tema proposto



5. Cordialidade dos estudantes ao trabalhar o tema proposto



6. Sugestões

-----  
-----

#### LEGENDA

1      2      3      4  
5



1. Muito ruim
2. Ruim
3. Confuso
4. Bom
5. Ótimo

## APÊNDICE “E”

### FOTOS

